Управління соціального захисту населення

Оболонського району міста Києва

**ЗАЯВА**

для призначення щомісячної адресної допомоги внутрішньо переміщеним особам

для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг

Громадянина(ки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквізити рахунку в уповноваженому банку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу призначити щомісячну адресну допомогу для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПІБ | Дата народження | Серія, номер документу, що посвідчує особу та ким і коли виданий | РНОКПП | Зареєстроване місце проживання | Фактичне місце проживання (перебування) | Місце роботи та час, з якого особа працює | Наявність інвалідності/*із зазначенням групи інвалідності/* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Телефон:*** |  |  |  |  |  |  |  |

**Інформація, щодо наявності *(необхідне підкреслити)*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| у будь-кого з членів сім’ї у власності житлового приміщення/частини житлового приміщення, розташованого в регіонах, ніж тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономній Республіці Крим і м. Севастополі, населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення*(зазначається місцезнаходження житла)* | Так/ні |  |
| житлового приміщення, яке зруйновано або стало непридатним для проживання внаслідок проведення антитерористичної операції, або заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсіч і стримування збройної агресії Російської Федерації | Так/ні |  |
| у будь-кого з членів сім’ї на депозитному банківському рахунку/рахунках коштів у розмірі, що перевищує 25-кратний розмір прожиткового мінімуму, встановленого для працездатних осіб | Так/ні |  |
| перебування члена сім’ї, який претендує на грошову допомогу, на повному державному утримані в будинку дитини, дитячому будинку, дитячому будинку-інтернаті, психоневрологічному інтернаті, будинку-інтернаті для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, спеціальному будинку-інтернаті системи соціального захисту населення; в школі-інтернаті, закладі спеціалізованої освіти військового (військово-спортивного)профілю | Так/ні |  |

**Додатки (проставити позначку напроти тих документів які подано):**

|  |  |
| --- | --- |
| копія довідки з місця роботи або копія іншого документа, що посвідчує зайнятість *(для працездатних осіб)* |  |
| копія свідоцтва про шлюб *(в разі якщо особа перебуває у шлюбі)* |  |
| копія свідоцтв про народження дітей, засвідчені власним підписом уповноваженого представника сім’ї |  |
| письмова згода (у довільній формі) про виплату грошової допомоги уповноваженому представнику сім’ї від інших членів сім’ї та згода на обробку персональних даних, а також письмовий дозвіл на розкриття уповноваженим банком інформації, що містить банківську таємницю, щодо поточного рахунка, відкритого уповноваженому представнику сім’ї в установі уповноваженого банку *(якщо за виплатою грошової допомоги звернулось дві і більше особи)* |  |
| копія довідки з військової частини про залучення до проведення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації *(для військовослужбовців з числа внутрішньо переміщених осіб, які захищають незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України та беруть безпосередню участь у заходах із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації)* |  |
| копія акта обстеження технічного стану житлового приміщення (будинку, квартири), складеного комісією, утвореною районною, районною у мм. Києві та Севастополі держадміністрацією, військово-цивільною адміністрацією, виконавчим органом сільської, селищної, міської, районної у місті (в разі утворення) ради, виконавчим органом ради об’єднаної територіальної громади, за затвердженою постановою КМУ № 505 від 01.10.2014 формою *(у разі наявності житлового приміщення, яке зруйноване або стало непридатним для проживання)* |  |
| інше *(зазначити)* |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

Сімейний стан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чоловік /дружина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

РНОКПП дружини/чоловіка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ознайомлена(ий):**

1. Грошова допомога призначається з дня звернення та виплачується по місяць зняття з обліку включно, **але не більше ніж шість місяців.**
2. Якщо працездатний член сім’ї протягом двох місяців не працевлаштувався, або перебуває у трудових відносинах з роботодавцями на тимчасово окупованій території України чи в районах проведення антитерористичної операції і фактично не працює, розмір допомоги для цих осіб на наступні два місяці зменшується на 50 відсотків, а на наступний період –припиняється. Особи працездатного віку, яким призначено грошову допомогу, зобов’язані інформувати у триденний строк управління праці та соціального захисту населення про факт працевлаштування.
3. Якщо у складі сім’ї, якій призначено грошову допомогу, відбулися зміни, розмір грошової допомоги перераховується з місяця, наступного за місяцем виникнення таких змін, за заявою уповноваженого представника сім’ї, який зобов’язаний повідомити управління праці та соціального захисту населення протягом трьох днів з дня настання таких обставин.
4. Суми грошової допомоги, виплачені надміру внаслідок подання документів з недостовірними відомостями, повертаються на вимогу управління праці та соціального захисту населення. У разі відмови добровільного повернення надміру перерахованих сум грошової допомоги вони стягуються у судовому порядку.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Підпис ПІП